

Mi plan de atención médica por anticipado

¡HABLE con su familia y que no quede duda sobre sus deseos en cuanto a su atención médica!

- ✓ Use el formulario adjunto para documentar sus deseos en cuanto a su atención médica.
- ✓ ¡Recuerde que la parte más importante de la toma de decisiones médicas es HABLAR de ellas!
- ✓ HABLE de su plan de atención médica por anticipado con su familia y sus representantes de atención médica.
- ✓ HABLE de esto con su médico.

Si tiene preguntas sobre la toma de decisiones médicas o sobre cómo llenar su plan de atención médica por anticipado, llame al centro de ética de la atención médica de Sentara al (757) 252-9550 para que lo ayuden.

EL REGISTRO DE TESTAMENTO VITAL DE EE. UU.

Sentara proporciona este servicio a nuestra comunidad GRATUITAMENTE. Puede guardar su plan de atención médica por anticipado en el registro para que esté disponible a cualquier proveedor de atención médica en Virginia y Carolina del Norte, así como para cualquier proveedor en los EE. UU. Una vez inscrito/a, recibirá una constancia del registro junto a una tarjeta de identificación tamaño billetera y autoadhesivos para sus tarjetas de identificación que alertarán a los profesionales de la salud de que tiene un plan de atención médica por anticipado archivado en el registro, así como del número 800 para que lo puedan obtener.

Si desea hacer registrar su documento, debe llenar el acuerdo de inscripción del registro de testamento vital de EE. UU., para darle permiso al Registro de guardar su plan de atención médica por anticipado y de entregarlo a cualquier centro de atención médica que solicite una copia, así como de adjuntarlo a su plan de atención médica por anticipado.

¿Qué hago con mi plan de atención médica por anticipado?

1. Haga suficientes copias* y dé una:
 - a. a sus representantes de atención médica
 - b. a los miembros de la familia
 - c. al médico
 - d. al registro de testamento vital de EE. UU. A través del centro de ética de la atención médica de Sentara***

2. Mantenga el original en un lugar seguro y accesible.

3. ***Envíe una copia de su documento a:

The Sentara Center for Healthcare
Ethics 4705 Columbus Street Suite 303
Virginia Beach VA 23462

O por fax a nuestra línea segura por el 757-995-7337

*Las copias actúan en la misma calidad que el original en Virginia

Acuerdo de registro de U.S. Living Will Registry®



CÓDIGO FUENTE: 36901001

Información de identificación del/de la inscrito/a (en letra de imprenta clara) *Registrant's Identifying Information (Please print clearly)*

Nombre: Primero _____ Segundo _____ Apellido(s) _____ Sufijo _____
Name: First Middle Last Suffix

N.º de seguro social XXX - XX - _____ Fecha de nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____ (4 dígitos)
Social Security # Date of Birth Month Day Year (4 digits)

Dirección de correo electrónico del/de la inscrito/a o contacto en caso de emergencia: _____
Email address for Registrant or Emergency Contact:

* Se enviarán recordatorios anuales de actualización por medio de correo electrónico (no compartimos ni vendemos las direcciones de correo electrónico)

* Annual update reminders will be sent via email (email addresses will not be shared or sold)

Dirección postal _____ Apto n.º _____
Street Address Apt #

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
City: State: Zip Code:

Teléfono principal: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____
Primary Phone: Alternate Phone:

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____
Emergency Contact Name: Relationship:

Dirección: _____
Address:

Teléfono principal: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____
Primary Phone: Alternate Phone:

Yo _____ ("Inscrito/a" o "Yo"), autorizo a U.S. Living Will Registry®, con oficinas en 808 South Ave. West, P.O. Box 2789 Westfield, NJ 07091-2789 ("Registro"), a guardar una copia electrónica de mis instrucciones por anticipado suministradas al registro con este formulario de inscripción o posteriormente, incluyendo, entre otros, un poder legal de atención médica, un poder permanente para servicios médicos o asuntos financieros, órdenes del médico con respecto al alcance del tratamiento (POST, por sus siglas en inglés), deseos en cuanto a donación de órganos e información de contacto en caso de emergencia ("instrucciones por anticipado"). Autorizo además al registro a poner a la disposición de todo proveedor de atención médica u otra persona que se considere a cargo de poner en efecto mis instrucciones por anticipado o de ayudar con esto y que la solicite durante mi atención médica una copia de las instrucciones por anticipado guardadas, siempre y cuando dicha solicitud sea compatible con las políticas y los procedimientos del registro, o según lo considere aconsejable el registro en una situación de emergencia, o como lo exija la ley. Las instrucciones por anticipado que estoy suministrando son mis instrucciones por anticipado actuales, las cuales se firmaron frente a un testigo en virtud de la ley del estado en el que vivo.

Por medio del presente autorizo al registro a poner a disposición de hospitales, médicos u otros proveedores de atención médica que se ocupan de mi cuidado, así como de cualquier persona que tenga acceso a la tarjeta de identificación tamaño billetera ("ID") que me proporcionó el registro, una copia de mis instrucciones por anticipado. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente al registro si decido revocar o cambiar mis instrucciones por anticipado guardadas en el registro y proporcionarle a este una copia de cualquier otra instrucción por anticipado que firme. Entiendo que a menos que cancele esta autorización o informe al registro de toda revocación o cambios a mis instrucciones por anticipado, se entregará a los proveedores de atención médica las instrucciones por anticipado guardadas en el registro de acuerdo con las políticas y prácticas del registro.

Entiendo que el registro no hace declaración alguna sobre la validez de mis instrucciones por anticipado en virtud de la ley federal o estatal y que el registro no asume responsabilidad alguna por las medidas que tomen los proveedores de atención médica en relación con mis instrucciones por anticipado. Por medio del presente renuncio a toda y cualquier demanda legal en contra del registro por las acciones y omisiones que cometa cualquiera de los proveedores de atención médica que reciben una copia de mis instrucciones por anticipado del registro y por cualquier perjuicio que surja de la transmisión o divulgación de las instrucciones por anticipado que proporcione al registro. El registro no será responsable de la pérdida, destrucción o falta de disponibilidad de todas o parte de mis instrucciones por anticipado.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación por escrito de mi revocación al registro. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que yo lo revoque o hasta que se termine en conformidad con el acuerdo que tengo con el registro o hasta que se cancele la inscripción conforme a las políticas y procedimientos del registro. Cuando se termine el acuerdo, entiendo que el registro retirará mis instrucciones por anticipado de sus archivos.

Entiendo que cualquier persona que obtenga acceso a mi tarjeta de identificación tamaño billetera que me proporcionó el registro puede usarla para obtener acceso a mis instrucciones por anticipado y a mi información personal guardadas en el registro y que no considero al registro responsable de tal acceso autorizado o no autorizado.

Por medio del presente estoy de acuerdo con los términos establecidos por el presente documento.

X _____ FECHA: _____ / _____ / _____
Firma del inscrito DATED

Signature of Registrant



Communicating my Healthcare Wishes

Comunicación de mis deseos de atención médica

Name: _____ (nombre)	Social Security Number: <u>XXX</u> - <u>XX</u> - _____ (número de seguro social)	
Address: _____ (dirección)	City: _____ (ciudad)	State & ZIP: _____ (código postal)
Phone: (____) _____ (teléfono)	Date of Birth: _____ - _____ - _____ (féc. nac.)	
Sentara Healthcare Advance Directive USLWR Source Code 36901001		

(Cross out any section(s) you do not wish to include in your document)
(Tache con una equis la sección que no desee incluir en su documento)

Section I

Sección I

If I am unable to make decisions for myself, or unable to communicate my healthcare wishes about treatment, I appoint the person(s) listed below to be my designated Healthcare Agent(s), who will make my wishes known to my healthcare providers. I direct my healthcare providers and family to respect and honor my wishes.

Si estoy imposibilitado para tomar decisiones por mí mismo o no puedo comunicar mis deseos de atención médica en relación con mi tratamiento, designo a las personas enumeradas a continuación para que sean mis agentes de atención médica y comuniquen mis deseos a mis proveedores de atención médica. Les exijo a mis proveedores de atención médica y familiares respetar y honrar mis deseos.

Primary Healthcare Agent:

Agente de atención médica primaria

Name: _____ Address: _____
(nombre) (dirección)

City: _____ State & ZIP: _____ Cell Phone: (____) ____ - ____
(ciudad) (estado y código postal) (teléfono celular)

Work Phone: (____) ____ - ____ Home Phone: (____) ____ - ____
(teléfono de oficina) (teléfono de habitación)

Secondary Healthcare Agent:

agente de atención médica secundaria

Name: _____ Address: _____
(nombre) (dirección)

City: _____ State & ZIP: _____ Cell Phone: (____) ____ - ____
(ciudad) (estado y código postal) (teléfono celular)

Work Phone: () -
(teléfono de oficina)

Home Phone: () -
(teléfono de habitación)

Additional Healthcare agents can be designated on an attached piece of paper; all Agents should be listed in decision-making order. My Healthcare Agent(s) shall make healthcare decisions based on my previously expressed wishes, my personal beliefs and values and shall be granted the power to make healthcare decisions as outlined in the Virginia Healthcare Decisions Act, 54.1-2984.

*Se pueden designar **agentes de atención médica adicionales** en la hoja adjunta; todos los agentes se deben enumerar en orden de poder de decisión. Mis agentes de atención médica tomarán decisiones sobre mi atención médica con base en mis deseos expresados previamente, mis creencias y valores personales, y se les otorgará el poder para tomar decisiones sobre mi atención médica como lo describe la Ley de Decisiones en Atención Médica de Virginia, 54.1-2984.*

_____ If I initial this line, my agent WILL have the authority to restrict visitors in a healthcare facility.
(Initials) *Si escribo mis iniciales en esta línea, mi agente TENDRÁ la autoridad de restringir las visitas en un centro de atención médica.*
(Iniciales)

Section II - Anatomical Gift (whole body) or Organ Donation:

Sección II – Donación de cuerpos (cuerpo entero) o donación de órganos:

_____ I wish to be an Organ Donor **OR** _____ Anatomical Donor (whole body)
(Initials) *Deseo ser donante de órganos* **O** (Initials) *Donante de cuerpo (cuerpo entero)*
(Iniciales) (Iniciales)

If I am not already registered as an anatomical donor, I appoint the following person to make these arrangements on my behalf:

Si aún no estoy registrado como donante de cuerpo, designo a la siguiente persona para hacer los trámites en mi nombre:

Name: _____ Phone: _____
(nombre) (teléfono)

Address: _____ City: _____ State and ZIP: _____
(dirección) (ciudad) (estado y código postal)

Section III - **Specific Healthcare Instructions:**

Sección III – **Instrucciones específicas para la atención médica:**

In this section, you can indicate your preferences for life-sustaining treatments in certain situations. (Examples of life-sustaining treatments are CPR (cardiopulmonary resuscitation), a breathing machine, kidney dialysis, and a feeding tube). You may choose to complete all, some, or none of this section as you deem appropriate.

En esta sección puede indicar sus preferencias para los tratamientos de soporte vital en ciertas situaciones. (Ejemplos de tratamiento de soporte vital son RCP (reanimación cardiopulmonar), respirador artificial, diálisis renal y sonda nasogástrica). Puede elegirlos todos, alguno o ninguno de esta sección, según lo considere adecuado.

<p>Choose only one box for each statement: <i>Elija solo una opción para cada situación:</i></p>	<p>No life sustaining treatments; allow me to die naturally. <i>Sin tratamientos de soporte vital; permítanme morir de manera natural</i></p>	<p>I'm not sure; it would depend on the circumstances. Discuss with my healthcare agent. <i>No estoy seguro; dependería de las circunstancias. Convérsele con mi agente de atención médica.</i></p>	<p>Yes, I would want life-sustaining treatments as long as appropriate. <i>Sí, deseo tratamientos de soporte vital mientras sea adecuado.</i></p>
<p>If I am unconscious, in a coma, or in a vegetative state and there is little or no chance of recovery... <i>Si estoy inconsciente, en coma o en estado vegetativo y hay muy poca o ninguna probabilidad de recuperación...</i></p>	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)
<p>If I have permanent, severe brain damage that makes me unable to recognize my family or friends (i.e. severe dementia, damage from stroke)... <i>Si tengo daño cerebral grave y permanente que me impide reconocer a mi familia o amigos (es decir, demencia grave, daño por isquemia cerebral)...</i></p>	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)
<p>If I have a permanent condition where others must help me with my daily needs (such as eating and toileting)... <i>Si tengo una enfermedad permanente en la que los demás deben ayudarme con mis necesidades diarias (tales como comer e ir al sanitario)...</i></p>	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)
<p>If I have to be in bed and use a breathing machine 24/7 for the rest of my life... <i>Si tengo que permanecer en cama y usar un respirador artificial 24 horas al día, 7 días a la semana por el resto de mi vida...</i></p>	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)
<p>If I have severe pain or other severe symptoms that cause suffering and can't be relieved... <i>Si tengo dolor grave u otros síntomas graves que producen sufrimiento y no se pueden aliviar...</i></p>	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)
<p>If I have a condition that will result in death soon, even with life-sustaining treatments... <i>Si tengo una enfermedad que me llevará a la muerte pronto, incluso con tratamientos de soporte vital...</i></p>	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)	(Initials) (Iniciales)

NOTE: Regardless of your choices above, you will still receive treatment to relieve pain and make you comfortable.

NOTA: independientemente de sus elecciones anteriores, usted aún recibirá tratamiento para aliviar el dolor y hacerlo sentir cómodo.

Additional Instructions/Preferences

Preferencias e instrucciones adicionales

If you have attached additional pages, please **initial** beside any of the following as applicable:

Si tiene páginas adicionales adjuntas, escriba sus iniciales al lado de cualquiera de las siguientes que aplique

- | | | |
|-------------|---|---|
| _____ | Patient Protest (must be signed by physician) | (can be found at www.sentara.com/advancedirectives) |
| (Initials) | <i>Objeción del paciente (debe estar firmada por el medico)</i> | <i>(se puede encontrar en)</i> |
| (Iniciales) | | |
| _____ | Life-Sustaining Treatment During Pregnancy | (can be found at www.sentara.com/advancedirectives) |
| (Initials) | <i>Tratamiento de soporte vital durante el embarazo</i> | <i>(se puede encontrar en)</i> |
| (Iniciales) | | |
| _____ | Other attached pages | |
| (Initials) | <i>Otras páginas adjuntas</i> | |
| (Iniciales) | | |

Section IV

Sección IV

By signing below, I indicate that I understand this document and I am willingly and voluntarily executing it. I also understand that I may revoke all or any part of it at any time as provided by law.

Al firmar a continuación, indico que comprendo este documento y que lo firmo con buena disposición y por voluntad propia. También entiendo que puedo revocar todo o alguna parte del mismo en cualquier momento como lo establece la ley.

My signature (required)

Mi firma (requerida)

Date

Fecha

TWO WITNESS SIGNATURES REQUIRED

SE REQUIERE LA FIRMA DE DOS TESTIGOS

Print Name: _____
(nombre en imprenta)

Signature: _____
(firma)

Print Name: _____
(nombre en imprenta)

Signature: _____
(firma)